DISSERTATION

N° 261.

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE

FAITES PAR UN INSTRUMENT TRANCHANT,

ET COMPLIQUÉES

DE LA LÉSION DU POUMON;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR FRANÇOIS-MICHEL BASSIER, de Pertuis,

Département de Vaucluse.

Ars medica tota in observationibus.

FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Suppléant.*
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Président.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry.
Cottereau, *Suppléant.*	Rochoux.
Dance.	Sandras, *Examinateur.*
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

Médecin à Pertuis.

A MA MÈRE.

Hommage d'amour et de reconnaissance.

A MA GRAND'MÈRE, MES SŒURS

ET

MON BEAU-FRÈRE.

Gage d'une amitié sans bornes.

F.-M. BASSIER.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0008vari_v4p4

DISSERTATION

SUR LES

PLAIES PÉNÉTRANTES DE POITRINE

FAITES PAR UN INSTRUMENT TRANCHANT,

ET COMPLIQUÉES

DE LA LÉSION DU POUMON.

La poitrine se trouve une des parties du corps les plus exposées à l'action des causes vulnérantes tant par rapport à sa situation élevée qu'à cause de la grande surface qu'elle présente. On pourrait dire encore que la gravité des blessures qui l'atteignent étant connue de tout le monde, chacun semble diriger spécialement sur elle l'instrument de sa vengeance, ainsi qu'on peut l'observer dans les combats au sabre, à l'épée; le suicide et l'homicide, conduits sans doute par la même connaissance, lui donnent aussi le plus souvent la préférence; et si l'on voulait en juger d'après un plus vaste tableau, que l'on considère la guerre de Paris, en juillet 1830, où le rappro-

chement des combattans a souvent permis de choisir le but et de l'atteindre.

La lésion des poumons doit être regardée, comme l'observe judicieusement un écrivain de nos jours, moins comme une complication des plaies pénétrantes de la poitrine, que comme essentiellement liée à l'existence de ces plaies. Depuis *Haller*, tout le monde sait que le poumon est en contact immédiat avec la plèvre costale. Or, il me paraît de toute impossibilité qu'un instrument vulnérant pénètre dans la cavité des plèvres sans atteindre l'organe contenu dans cette cavité. On dit en avoir observé des exemples; je n'oserai pas les nier, mais je dirai que ces exemples doivent être fort rares.

Aussi variables dans leur forme que dans leur direction, les plaies du poumon offrent encore des différences quant à leur profondeur et quant à leur siége. Celles qui n'intéressent que la surperficie de l'organe ne donnent lieu à aucune douleur; cette observation est fondée sur un grand nombre d'expériences faites sur les animaux, et qui toutes ont donné le même résultat. Les douleurs, quand il y en a, sont profondes, et dues probablement à ce que les nerfs qui occupent la racine des bronches ont été lésés. Toutes choses égales d'ailleurs, les plaies qui intéressent le lobe inférieur offrent moins de danger que celles qui intéressent le lobe supérieur, où se trouvent les plus gros vaisseaux. Il est une circonstance qui, lorsqu'elle existe, diminue singulièrement le nombre et la gravité des accidens ordinairement inséparables des plaies pénétrantes de la poitrine; je veux parler des cas où l'instrument tombe sur un des points où le poumon a, par l'effet d'une inflammation antérieure, contracté des adhérences avec la plèvre costale. Pour connaître tous les avantages de cette condition, il faut lire le mémoire que M. le professeur *Roux* a inséré dans ses Recherches de physiologie et de chirurgie.

La difficulté de reconnaître, dans certains cas, si une plaie de poitrine est pénétrante, avait fait mettre en usage par les anciens chirurgiens des procédés qui, à cause de leur insuffisance ou des inconvéniens qu'ils présentaient, ont été rejetés par tous les auteurs qui

depuis ont traité de cette matière. Dans toute plaie pénétrante, il y a difficulté de respirer; le pouls est serré, petit et convulsif; il survient des frissons et des sueurs froides, le visage pâlit, etc. A tous ces signes se joignent, lors de la lésion des organes pulmonaires, la toux, le crachement de sang, la sortie par la plaie extérieure d'un sang rouge et écumeux. Ces derniers signes sont pathognomoniques. A leur manifestation il n'est plus permis de douter de la lésion du poumon.

Deux fluides de nature différente parcourent dans l'état sain l'intérieur des poumons, et s'échappent à la fois lors de la division du tissu de cet organe. Je vais m'occuper d'abord de l'infiltration de l'air, plus tard je parlerai de l'hémorrhagie et de l'épanchement dans la cavité du thorax.

De l'emphysème.

L'emphysème est une complication très-fréquente, je dirai même inséparable des plaies pénétrantes de poitrine, à moins que ces plaies ne soient fort grandes et ne pénètrent directement. Il peut être produit par l'introduction de l'air extérieur sans qu'il y ait complication de la lésion du poumon; mais c'est ordinairement quand celui-ci a été atteint qu'il se montre avec les symptômes les plus intenses. Alors l'emphysème est le résultat de l'ouverture des vaisseaux aériens de cet organe. Après s'être épanché pendant la respiration dans le sac de la plèvre, l'air tend à s'échapper par la plaie au moment de l'expiration; il s'insinue alors dans la plaie, s'il n'a pas un libre cours au dehors, et s'infiltre dans le tissu cellulaire, dont il distend bientôt les cellules; et comme celles-ci communiquent toutes ensemble, comme d'ailleurs chaque mouvement respiratoire ajoute une nouvelle quantité d'air à celle qui déjà distend la peau, l'emphysème s'étend avec rapidité, et peut gagner en peu d'heures toutes les parties du corps en leur donnant une grosseur prodigieuse. Tout le monde connaît l'observation curieuse d'emphysème monstrueux que *Littre* a autrefois rapportée à l'Académie des sciences.

L'emphysème se manifeste par une tumeur plus ou moins étendue, molle, élastique, sans changement de couleur à la peau. La tuméfaction gazeuse, bornée d'abord au voisinage de la blessure, s'accroît rapidement. La peau s'éloigne des muscles, entre les tégumens et les aponévroses, il s'établit quelquefois un intervalle de plusieurs pouces; le cou acquiert une dimension énorme; les lèvres et les paupières gonflées ne permettent plus à la bouche et aux yeux de s'ouvrir; le volume des mamelles excède quelquefois chez l'homme, comme moi-même j'en ai vu un exemple, le volume ordinaire de ces organes chez les jeunes femmes. La tension de la peau peut être portée au point que les membres soient roides et inflexibles. Des replis profonds se font remarquer aux articulations et à la ligne blanche. On dirait un *œdème* général; mais il est bien facile de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. Dans l'infiltration aérienne, l'air se déplace sous la main qui frictionne les parties tuméfiées; la peau ne conserve pas l'empreinte des doigts; elle fait sentir et même entendre, quand on la comprime, une sorte de crépitation analogue à celle qui résulterait du froissement d'un parchemin sec.

Avec un peu d'attention, on ne confondra pas non plus l'emphysème avec le sang épanché dans le tissu lamineux sous-cutané. La tumeur produite par le sang peut aussi se développer avec rapidité, mais il y a toujours une fluctuation obscure, et il existe une ecchymose. Ce dernier caractère étant lié nécessairement et uniquement à l'existence d'un épanchement de sang sous-cutané, une méprise me paraît difficile.

Le tableau que je viens de tracer de l'emphysème est déjà assez effrayant; toutefois je n'ai parlé encore que de l'infiltration de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané, et quelque grande que soit cette infiltration, elle n'est pas dangereuse. M. le professeur *Richerand* nous dit dans sa Nosographie chirurgicale que lors même que la peau serait éloignée de près d'un pied des parties sous-jacentes, il suffit de faire de profondes scarifications en diverses parties du corps pour que l'air infiltré s'échappe et que le gonflement se dissipe.

Après avoir envahi toute la surface du corps, si l'on n'oppose un puissant obstacle à ses ravages, l'emphysème continue à faire des progrès ; il pénètre sous les aponévroses des membres, dans les tissus sous-muqueux, inter-musculaires; gagne le tissu cellulaire qui environne les vaisseaux, et pénètre par ce moyen jusque dans l'intérieur du tissu des viscères. Quand la maladie est aussi avancée, que peuvent les ressources de l'art ? Je pense que la mort est inévitable.

J'ai voulu faire connaître que l'emphysème devenait quelquefois une complication mortelle des plaies pénétrantes de la poitrine ; mais je dois dire que ces cas sont rares. On a besoin de compulser longuement les fastes de la chirurgie pour y puiser quelque exemple d'emphysème monstrueux, et surtout d'emphysème mortel. Le plus souvent, dans tout le trajet de la plaie, il survient un gonflement inflammatoire qui met les tissus en contact, et s'oppose par conséquent à la sortie ultérieure de l'air.

Le prognostic de l'emphysème est subordonné à son étendue. Il devra être très-fâcheux quand l'air aura pénétré dans l'intérieur des viscères ; mais il aura peu de gravité quand il aura gagné seulement le tissu cellulaire sous-cutané. Ce fluide peut séjourner là quelquefois pendant un temps assez long sans produire d'effets funestes. Enfin on a des observations qui démontrent que l'emphysème peut guérir spontanément.

Le traitement est susceptible de mille variations. Si la tuméfaction emphysémateuse est peu considérable, et qu'elle soit arrêtée dans sa marche, on n'aura aucun accident bien grave à combattre ; on devra se contenter d'exercer une pression méthodique, et, à la rigueur, on pourra l'abandonner à elle-même : l'air infiltré sera peu à peu résorbé.

Si l'emphysème déjà très-prononcé menace de s'étendre, il faut agir sans attendre que les fonctions de la respiration et de la circulation s'exécutent laborieusement. La première indication est de donner issue à l'air contenu dans la poitrine ; on y satisfera en agrandissant la plaie suffisamment pour donner à l'air une libre issue au dehors.

Après avoir vidé la poitrine et tari la source de l'infiltration aérienne,

il faut s'occuper d'enlever au malade cet air qui, renfermé sous la peau, gêne plus ou moins l'action des muscles, comprime les vaisseaux superficiels, et détermine la congestion des organes intérieurs. Quand il est en petite quantité, il ne tarde pas à disparaître à l'aide de quelques fomentations excitantes, de frictions sèches, aromatiques, qui aident l'action puissante des vaisseaux lymphatiques. D'autres fois, quand il a atteint des parties assez éloignées, telles que le scrotum, les cuisses, etc., on attendrait en vain sa résorption; alors on a recours aux scarifications assez profondes pour pouvoir dégorger les couches les plus internes du tissu cellulaire. On favorise la sortie du gaz à l'aide de pressions légères dirigées vers les scarifications. On ne devra pas négliger comme puissans auxiliaires des incisions les saignées, le repos, la diète, les boissons mucilagineuses, afin de rétablir l'équilibre des solides.

Dans l'emphysème traumatique, ou par lésion des poumons, l'air peut quelquefois passer dans le tissu pulmonaire. Il est encore de nos jours des pathologistes qui regardent comme très-grave l'emphysème borné au poumon. Je conçois que l'air dilatant fortement ce viscère puisse y éteindre la circulation; toutefois il est démontré par des expériences positives et nombreuses qu'une certaine quantité d'air peut l'insuffler, sans pour cela déterminer de graves accidens; cet air finit par être entièrement résorbé.

Le poumon, traversé continuellement par tout le sang de l'économie, ne saurait être divisé sans donner lieu à un écoulement de sang plus ou moins prompt et plus ou moins abondant. Ce sang épanché, qui d'ailleurs offre des degrés de plasticité et de rougeur variables, est toujours chargé d'une certaine quantité d'air: ce phénomène tient à ce que les conduits aériens sont aussi divisés.

Lorsque quelque gros vaisseau est largement ouvert, immédiatement il s'échappe avec rapidité une grande abondance de sang; le malade pâlit, tombe en syncope; la poitrine est gonflée, l'anxiété va toujours croissant, et la suffocation est aussitôt imminente. A ces signes, il est bien facile de reconnaître l'existence de l'épanchement.

Si l'instrument a divisé seulement la superficie du poumon, ou bien quelque vaisseau de médiocre volume, l'hémorrhagie est moins abondante; si d'ailleurs l'instrument est étroit, l'épanchement se fera d'une manière graduée, et il coulera très-peu de sang à cause du gonflement du trajet de la plaie.

Comment reconnaître l'épanchement de sang dans la poitrine? C'est là une question à laquelle, dans l'état actuel de la science, il est impossible de répondre d'une manière bien positive. Je vais m'appliquer à faire connaître les données fournies par l'observation.

Le sang, comme tout autre liquide, une fois épanché dans la poitrine, a pour premier effet de gêner la respiration, soit parce qu'il tend à occuper une place que le poumon remplit sans cesse et complètement dans l'état de santé, soit parce qu'il pèse sur le diaphragme, qu'il tient dans un état d'abaissement porté au-delà de celui de l'inspiration, et qu'il empêche par conséquent la part que ce muscle doit avoir à la respiration.

Le visage du malade est communément pâle, une sueur froide et visqueuse le recouvre; on observe quelquefois le claquement des dents; le pouls est petit, concentré, fréquent, irrégulier. Quand l'épanchement est à gauche, il n'est pas rare que le cœur se fasse sentir du côté droit. Le malade accuse une sorte de plénitude gravative vers le diaphragme; il a de l'étouffement; sa voix est faible, basse et altérée; à chaque mouvement la face se colore et prend une teinte bleuâtre; le malade ne peut guère garder une position horizontale, parce que les viscères abdominaux viennent alors refouler le diaphragme vers la cavité thoracique, et par là diminuent le peu de respiration qui reste au malade. Le décubitus sur le côté sain est impossible; ce fait a été mentionné par *Hippocrate* (*de Morbis*, lib. 2, cap. 16), qui pensait que la nécessité du coucher sur le côté malade dépendait de ce que le liquide, qui pèse alors sur le médiastin, apportait de la gêne à l'ampliation du poumon sain. Cette opinion a été partagée par tous les anciens; mais depuis les expériences de M. le professeur *Richerand*, on sait que la cause de l'impossibilité où se trouve le malade

de se coucher du côté du poumon sain, dépend de la gêne que cette situation apporte au libre développement des parois du thorax.

Aux signes généraux se joignent les signes locaux. La percussion, rendue célèbre par *Avenbrugger*, et dont en France *Corvisart* particulièrement a tiré un si grand parti dans les maladies du cœur, peut être très-utile pour établir le diagnostic. Le plessimètre de M. *Piorry* me paraît ici très-utile. A l'aide de cet instrument on a des sons plus faciles à saisir. On doit aussi avoir recours à l'auscultation. Quand les épanchemens sont peu considérables, on trouve de l'égophonie; dans le cas contraire, il y a absence plus ou moins complète du bruit respiratoire.

Comme il s'agit ici de plaies faites par instrumens tranchans, et par conséquent de plaies ordinairement assez larges, je ne dois pas oublier de dire que très-souvent, dans un mouvement d'expiration, la plaie laisse échapper du sang mêlé d'air. Ce signe, quand il existe, ne laisse aucun doute sur l'existence de l'épanchement.

Hippocrate recommande de chercher à rendre possible le bruit des ondulations du liquide : son procédé est généralement abandonné aujourd'hui. Cependant quelques chirurgiens modernes, *Bell* à leur tête, veulent que le malade étant assis, un aide, placé derrière lui, le saisisse par les deux épaules, et qu'il le secoue fortement. Je ne sais pas quels heureux effets ces auteurs peuvent attendre de cette manière d'agir; ce qu'il y a de sûr, c'est qu'on ne saurait ébranler ainsi impunément la poitrine d'un malade; et d'ailleurs quand le sang est épais, quand la poitrine ne contient pas d'air, on ne peut obtenir aucun résultat.

Dans l'épanchement très-considérable, si l'on regarde par derrière les deux côtés de la poitrine, on voit le côté malade plus bombé, les espaces intercostaux y sont plus larges, et l'hypochondre correspondant présente un peu plus d'élévation.

Je n'omettrai pas de parler de l'ecchymose qui se manifeste au bout de quelques jours à la région lombaire, et que *Valentin* a le premier indiquée comme un signe de l'épanchement. Il est difficile de se

rendre compte par la théorie de la formation de cette ecchymose; mais parce que la théorie ne nous expliquerait pas un fait, faudrait-il rejeter le fait lui-même, surtout quand d'habiles praticiens l'ont observé? « Les signes exposés par *Valentin*, et surtout l'ecchymose, m'ont fait constamment reconnaître l'épanchement. » (*Larrey*, Mémoires de chirurgie, tome 2, page 159.)

Il est rare que les signes que je viens d'exposer existent tous à la fois; je dirai plus, il est des cas où réellement existe un épanchement et où les signes que je viens de donner comme propres à caractériser cet épanchement manquent tout à fait. D'autres fois, la réunion de ces signes a fait croire à un épanchement, alors qu'il n'existait pas. *J.-L. Petit* fut assez heureux pour ne pas s'en laisser imposer chez un malade auprès duquel il avait été appelé par quelques confrères qui se disposaient à l'opération de l'empyème.

La percussion, soit immédiate, soit médiate, a paru quelquefois infidèle; elle pourra même induire en erreur dans les cas où le poumon ayant contracté des adhérences avec la presque totalité des parois de la poitrine, l'épanchement est logé ou sur le diaphragme, ou entre la face interne des poumons et du péricarde. Quelquefois une assez grande quantité de sang est contenue dans la plèvre, et les malades éprouvent peu ou pas du tout de suffocation, etc., etc.

Sabatier a vu, dans sa pratique, mille faits qui sont de nature à prouver combien les signes d'épanchement sont insidieux et équivoques; c'est donc au chirurgien expérimenté à ne pas porter inconsidérément un diagnostic qui, pour être sage, doit être fondé sur l'ensemble ou la série des signes étudiés.

Traitement. Valentin, dans ses Recherches critiques sur la chirurgie moderne, après s'être élevé fortement contre la manière absurde dont on pansait, de son temps encore, les plaies de poitrine, fait un précepte de la réunion immédiate de toutes ces plaies. Grâces lui soient rendues! Nous ne pouvons qu'applaudir à cette réforme, aujourd'hui surtout que nous avons, pour en proclamer les heureux

effets, les nombreuses observations que M. le baron *Larrey* a consignées dans les pages 151, 152, 153, etc., du tome 2 de ses Mémoires de chirurgie.

Ambroise Paré voulait qu'on maintînt ouvertes pendant deux ou trois jours les plaies pénétrantes de poitrine. Tous les auteurs qui viennent après lui recommandent également de ne pas fermer les plaies, surtout celles qui sont accompagnées d'hémorrhagie. Afin de prévenir l'épanchement, ils conseillent encore, pour faciliter l'issue du sang, tantôt le débridement de la plaie, et tantôt l'introduction de canules ou de bandelettes de linge effilé. Ce traitement, tout à fait irrationnel, doit être aujourd'hui banni de la saine pratique. Quelle est l'indication la plus pressante dans une plaie pénétrante de poitrine compliquée d'hémorrhagie? Est-ce de prévenir l'épanchement? Non, c'est d arrêter l'hémorrhagie. Or le seul moyen d'y parvenir, c'est de fermer la plaie par la réunion exacte de ses bords. « Quand on ferme la plaie, c'est M. *Larrey* qui parle, l'air introduit dans le système pulmonaire, ne trouvant plus d'issue, remplit tous les vaisseaux bronchiques, facilite le retour du sang vers le cœur, fait rapprocher les portions divisées du poumon qui contractent bientôt des adhérences, bouche l'orifice des vaisseaux, et rend nécessairement plus prompte l'adhésion des parois, seul moyen d'arrêter l'hémorrhagie. »

Il s'est présenté des cas où l'épanchement se faisant dans la cavité des plèvres avec abondance et rapidité, on a été obligé, pour éviter au malade une mort par suffocation, d'écarter les lèvres de la plaie et de donner issue à une certaine quantité de sang. C'est un fait que M. *L. Penard* a prouvé par les trois observations qu'il a relatées dans sa thèse. (Paris, 1822.) Je pense, avec ce dernier, qu'il n'est pas toujours possible de conserver la réunion immédiate des bords de la plaie; j'ai moi-même recueilli une observation qui vient à l'appui de mon opinion.

Le 9 octobre 1828, le nommé Boulot reçut à dix heures du matin un coup de couteau entre la troisième et la quatrième côte du côté droit. Une grande quantité de sang s'écoula par la plaie, qui pouvait

avoir un pouce à un pouce et demi d'étendue. Notre premier soin fut de réunir les bords de la plaie et de les fixer en contact au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage de corps convenable. (Saignée copieuse.) Vingt minutes après, le côté droit de la poitrine était bombé outre mesure; les intervalles intercostaux formaient des saillies qui dépassaient le niveau des côtes elles-mêmes. La parole était entièrement impossible, le pouls à peine sensible, la respiration très-courte et très-laborieuse; enfin la suffocation mortelle était imminente. Nous enlevâmes les bandelettes; aussitôt du sang sortit en abondance, la respiration devint moins laborieuse, le pouls reprit de la vigueur, de l'étendue; le malade proféra quelques paroles; nous fermâmes de nouveau la plaie, et vingt-cinq ou trente minutes après, même accident, même conduite. Nous enlevâmes les bandelettes, et donnâmes issue à presque tout le sang épanché; puis nous fîmes pour la troisième fois la réunion des lèvres de la plaie. (Saignée.) Le malade, qui jusqu'alors n'avait pu que rester assis, se coucha sur le côté malade; nous lui couvrîmes la poitrine de linges trempés dans l'eau froide. Le soir, le pouls était pleinement relevé. (Saignée.) Le 10, le malade va mieux. Le 11, ventouses scarifiées sur les environs de la blessure. (Eau gommeuse, diète absolue.) Le 12, l'auscultation nous fit entendre de l'égophonie. (Nouvelle application de ventouses scarifiées.) Eau gommeuse, diète absolue. Le 15, le malade continue à aller mieux. Le 27 octobre, dix-huitième jour de sa blessure, il fut parfaitement guéri.

Quand il s'est fait un épanchement de sang dans la poitrine, la seule indication qui se présente est de le vider. Mais tant que la vigueur du pouls et le retour de la chaleur aux extrémités ne sont pas venus donner la preuve que l'hémorrhagie est efficacement suspendue, la prudence fait un devoir de temporiser, même pour les cas où les organes contenus dans la poitrine sont médiocrement comprimés. Très-communément, suivant les observations de plusieurs auteurs, entre autres de *Bell* et de M. *Larrey*, la nature détermine elle-même la résorp-

tion complète du liquide. Et qu'on prenne garde de s'en laisser imposer; parce qu'en peu de temps une quantité de sang assez considérable aura été résorbée, on devra se garder de porter un prognostic trop satisfaisant et de nourrir chez le malade des espérances trompeuses. Les épanchemens de sang suivent dans leur résorption une marche telle, que si dans quinze jours la moitié est résorbée, il faut souvent trois mois pour la résorption de l'autre moitié. Il se fait une séparation des élémens du sang épanché, les vaisseaux lymphatiques s'emparent bien vite de la sérosité; mais il n'en est pas de même pour la matière colorante et la matière fibrineuse. Ces dernières parties sont long-temps à être absorbées, quelquefois elles ne le sont jamais.

On aidera la nature dans la résorption du liquide par des saignées copieuses, le repos le plus absolu, la diète la plus sévère et l'usage des purgatifs. Des boissons mucilagineuses et rafraîchissantes seront administrées. Dans l'observation que j'ai rapportée, nous fîmes usage de ventouses scarifiées, et nous en retirâmes des effets aussi prompts qu'avantageux.

Quand il y a besoin de vider le sang contenu dans la plèvre, les moyens qui ont été mis en usage se réduisent à ceux-ci :

1°. Faire prendre au malade une position convenable à l'issue du liquide. Les cas où ce procédé pourra suffire sont rares. Il est besoin, en effet, que la plaie se trouve à la partie inférieure de la poitrine. Cette plaie doit être large et directe.

2°. Agrandir la plaie. Le chirurgien, pour éviter de blesser le poumon, devra se servir d'une sonde cannelée, sur laquelle il glissera le bistouri. La première incision, dirigée de haut en bas, devra comprendre la peau et les muscles extérieurs; puis il incisera les muscles intercostaux ni trop haut ni trop bas, de manière à ne pas léser l'artère intercostale et à ne pas couper le périoste de la côte inférieure.

3°. On a préconisé beaucoup dans le temps l'usage du siphon et de la canule. *Scultet* et *Lamotte* se sont servis avec succès de ces divers instrumens.

Jusqu'au temps de *Dionis*, la succion au moyen de la bouche fut en grand crédit; mais aujourd'hui quel est le praticien qui oserait mettre en usage ce procédé? Chaque homme de l'art ne sait-il pas qu'il est impossible que la succion opérée par la bouche puisse faire monter le sang épanché dans la cavité thoracique à travers une plaie faite à des parois souvent très-épaisses, et que si, dans une large plaie, la succion pouvait avoir de l'action sur le liquide épanché, elle pourrait renouveler une hémorrhagie capable de donner la mort au malade? (Dans les plaies du thorax, surtout avec hémorrhagie, la succion est un moyen toujours inutile, souvent dangereux. *Chaussier*, Aphor., tabl. synopt. des blessures.)

4°. Quand le sang a perdu sa fluidité naturelle, les divers moyens que je viens de rappeler deviennent insuffisans pour lui donner issue : l'emploi des injections me paraît alors indiqué.

L'opinion des auteurs est partagée sur la question de savoir si les injections sont avantageuses ou nuisibles au malade. *Chopard* et *Desault* (Traité des Maladies chirurgicales, tom. 2, page 65) regardent les injections comme propres à hâter la fin des malades. *Pelletan* (Clinique chirurgicale, tom. 3, pag. 159) voit en elles un corps étranger dont l'introduction dans la poitrine peut déterminer de graves inconvéniens. D'un autre côté, *Sabatier*, M. le professeur *Boyer* (Traité des Maladies chirurg., tom. 8, pag. 301), *Bell*, *Samuel Cooper* (Dict. de chirurg. pratique, tom. 11, page 290), recommandent hardiment d'y avoir recours dans les circonstances indiquées. Je suis tout à fait convaincu, avec les derniers, de l'efficacité de ce moyen. Quelle doit être la composition des injections? A mon avis, il n'y a pas à choisir. L'état d'irritation et de phlogose où se trouvent la plèvre et le poumon ne permet pas évidemment qu'on ait recours à d'autres to-

piques que l'eau tiède simple, ou émolliente et mucilagineuse. Je suis bien étonné que quelques modernes, *Sabatier* à leur tête, donnent le conseil de faire des injections avec des solutions de sel, de savon, de décoction de plantes vulnéraires et détersives. « Je suis convaincu « qu'en Angleterre, l'homme le moins instruit en chirurgie rougi- « rait d'avoir donné de tels préceptes. » (*Samuel Cooper*, Dict. de chirurg., tom. 11, pag. 190.)

Quant à la détermination du temps pendant lequel il convient de laisser séjourner dans la poitrine le liquide injecté, on ne peut rien recommander de mieux que les règles tracées par *Hippocrate*. *Infusum autem matutinum sub vesperam, et vespertinum mane educito.* (*De Morbis*, lib. 2, cap. 16; *Charter*, tom. 6, pag. 568.)

5°. Enfin, dans les cas où les moyens précédemment énumérés ne suffisent pas, ou bien ne peuvent convenir, il faut indispensablement recourir à l'opération de l'empyème.

La paracentèse du thorax, ou l'empyème, est une opération qui consiste à faire aux parois de la poitrine une ouverture convenable pour donner issue au liquide épanché dans cette cavité. On pratique cette opération sur les parois latérales de la poitrine, entre la quatrième et la cinquième fausse-côte du côté droit, et entre la troisième et la quatrième du côté gauche, en comptant de bas en haut. La raison pour laquelle *Sabatier*, *Pelletan*, M. le professeur *Boyer* conseillent de faire l'incision du côté droit plus haut que celle du côté gauche est toute anatomique; c'est que le diaphragme, poussé en haut par le foie, s'élève dans la cavité droite de la poitrine à une plus grande hauteur que dans la cavité opposée. En suivant le conseil de *Lasus*, c'est-à-dire en opérant indistinctement entre la quatrième et la cinquième côte des deux côtés, on se priverait du précieux avantage de favoriser l'entière sortie du liquide. On devra bien se garder de pratiquer l'opération trop près de la colonne vertébrale, de peur de donner lieu à une hémorrhagie fâcheuse en ouvrant l'artère intercostale,

qui n'est abritée par le bord inférieur des côtes qu'au-delà de leur angle. Il y a plus ou moins de difficulté à établir le lieu d'élection chez les individus de beaucoup d'embonpoint, ou dont les parois du thorax sont envahies par un emphysème considérable. Mais si les côtes ne peuvent être comptées, le rebord cartilagineux qui termine inférieurement la poitrine sera toujours plus ou moins saillant. On partira de ce point, et on devra faire l'opération à quatre travers de doigt au-dessus pour le côté gauche, et à cinq pour le côté droit.

Le point où l'on veut ouvrir la poitrine étant déterminé, on procède à l'opération, que je ne décrirai pas ici.

Dès qu'on a pénétré dans la poitrine, le liquide épanché s'échappe et prouve que l'incision a été faite à propos et dans l'endroit convenable; s'il n'en sort rien, c'est qu'il n'y a pas d'épanchement ou qu'il y a adhérence. Dans le premier cas, on réunit de suite la plaie; dans le deuxième, il vaut mieux faire l'opération dans un autre endroit que de chercher à détruire des adhérences qui peuvent exister dans une assez grande étendue.

Si on est amené à l'opération avant que l'hémorrhagie soit efficacement suspendue, dans le but seul de sauver le malade de la suffocation, on doit laisser dans la poitrine une certaine quantité de sang; si l'hémorrhagie est arrêtée, on le laisse tout sortir; le poumon se développe peu à peu à mesure qu'il cesse d'être mécaniquement pressé, et que l'air introduit par la glotte ne trouve plus autant d'obstacles à le distendre.

Le pansement consiste à introduire une mèche effilée, dont on laisse pendre la plus longue extrémité à l'extérieur. On applique par-dessus une compresse fenêtrée très-fine, qu'on recouvre de charpie mollette. On met ensuite quelques compresses carrées, et l'on fixe le tout à l'aide d'un bandage de corps. Au lieu de la mèche, les anciens introduisaient une tente de charpie. Cette pièce d'appareil peut s'opposer à la sortie de la matière de l'épanchement; elle peut blesser le pou-

mon; aussi l'a-t-on abandonnée aujourd'hui. *Bell* néanmoins recommande son emploi dans le cas où la tendance de la plaie à se cicatriser est si marquée, qu'elle s'oppose à la liberté de l'écoulement. Il propose de l'enduire de cérat safrané, afin de diminuer l'irritation qu'elle cause sur les bords de la plaie.

Le pansement fini, on couche le malade sur le côté opéré, la tête et la poitrine un peu élevées, et les cuisses fléchies : une diète sévère, le repos le plus parfait et le silence sont indispensables.

Les plaies de poitrine avec lésion du poumon sont en général graves. Quand le malade a survécu à l'hémorrhagie et aux premiers accidens inflammatoires, il aura encore à redouter la suppuration du poumon, qui sera d'autant plus à craindre que la plaie est plus profonde et le blessé plus disposé à devenir phthisique.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Qui sanguinem spumantem extussiunt, iis ex pulmone educitur. *Sect.* 5, *aph.* 13.

IV.

A sanguinis sputo puris sputum, malum. *Ibid.*, *aph.* 15.

V.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.